

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

40

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger WICKHAM

Né à Paris, le 25 juin 1894

SUR

CERTAINES FORMES D'OSTÉITES
CERVICO-TROCHANTÉRIENNES

Président : M. BROCA, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

DA

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

40

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger WICKHAM

Né à Paris, le 25 juin 1894

SUR

CERTAINES FORMES D'OSTÉITES
CERVICO-TROCHANTÉRIENNES

Président : M. BROCA, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

Anatomie	R. UNIV.	MM
Anatomie médico-chirurgicale	BIBLIOTHEEK	NICOLAS
Physiologie	LEIDEN	CUNEO
Physique médicale		Ch. RICHET
Chimie organique et Chimie générale		ANDRÉ BROCA
Bactériologie		DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BEZANCON
Pathologie et Thérapeutique générales		BRUMPT
Pathologie médicale		MARCEL LABBE
Pathologie chirurgicale		N...
Anatomie pathologique		LECENE
Histologie		LETULLE
Pharmacologie et matière médicale		PRENANT
Thérapeutique		RICHAUD
Hygiène		CARNOT
Médecine légale		BERNARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BALTHAZARD
Pathologie expérimentale et comparée		MENETRIER
		ROGER
		ACHARD
Clinique médicale		WIDAL
		GILBERT
		CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance		MARFAN
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN
Clinique des maladies contagieuses		TEISSIER
		DELBET
Clinique chirurgicale		LEJARS
		HARTMANN
		GOSSET
Clinique ophtalmologique		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		LEGUEU
		BRINDEAU
Clinique d'accouchements		COUVELAIRE
		JEANNIN
Clinique gynécologique		J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile		AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique		VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie		SEBILÉAU
Clinique thérapeutique chirurgicale		PIERRE DUVAL
Clinique propédeutique		SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	REITTERER
ALGLAVE	PIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBOLLETT	ROUVIERE
BLANCHETIERRE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ(A)
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCA

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse et nous en a fourni les éléments, avec l'expression de notre gratitude pour ses précieux conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAPHAEL MASSART

Avec toute notre reconnaissance pour l'aide qu'il nous a apportée.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Stage bénévole

M. LE DOCTEUR LUCIEN GALLIARD.

M. LE DOCTEUR ROUTIER.

M. LE DOCTEUR BOURCY.

Externat

M. LE PROFESSEUR RECLUS.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST.

M. LE DOCTEUR PARMENTIER.

M. LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND.

M. LE DOCTEUR SOUQUES.

M. LE PROFESSEUR BROCA.

SUR

CERTAINES FORMES D'OSTÉITES
CERVICO-TROCHANTÉRIENNES

INTRODUCTION

A côté de l'aspect radiographique des lésions épiphysaires que l'on groupe sous le nom d'*ostéochondrite*, il existe des aspects radiographiques particuliers du col fémoral qui sont eux aussi en rapport avec des lésions de l'articulation de la hanche dont les causes paraissent diverses. NOVÉ-JOSSERAND a décrit, dans la *Revue d'Orthopédie*, sous le nom de formes atypiques de l'ostéochondrite de la hanche, des lésions cervico-trochantériennes :

« Tout le monde connaît aujourd'hui le tableau
« clinique et radiologique de l'ostéochondrite de la
« hanche mais son interprétation est encore obscure.

« On a pu croire tout d'abord à une maladie entiè-
« rement nouvelle en raison de l'aspect singulier de
« l'épiphyse fémorale qui s'atrophie, se fragmente
« et s'étale sur le col et en raison surtout de ce
« processus tout particulier qui décalcifie l'os sans
« le détruire en lui gardant pour ainsi dire son
« moule de sorte que la récalcification peut lui

« rendre une forme et une apparence presque normales.

« Mais à mesure que les faits se multiplient, on voit que l'image de l'ostéochondrite typique n'est pas absolument constante. Quelquefois ces lésions sont associées avec d'autres déformations de la hanche. Quelquefois aussi on trouve au même âge et avec la même symptomatologie des lésions différentes qui se rapprochent de celles de l'arthrite déformante ou de la coxavara.

« Ces faits, qu'on pourrait appeler les formes atypiques de l'ostéochondrite, sont très intéressants parce qu'en outre de leur intérêt documentaire ils éclairent d'un jour nouveau les rapports de cette affection avec les autres ostéo-arthrites de la croissances, étape nécessaire avant d'arriver à connaître leur nature. »

NOVÉ-JOSSERAND distingue des formes acétabulaires et des formes cervicales qui nous intéressent plus particulièrement. Il reparle également de ces formes dans les *Archives franco-belges de Chirurgie* et montre des cas où l'espace articulaire est parfaitement indemne et où rien ne vient rappeler l'aspect de la coxa-plana.

WALDENSTRÖM à son tour en a montrées qu'il intitule coxavara tuberculeuses.

Nous avons réuni ici quelques observations que nous avons pu suivre dans le service de notre maître le professeur BROCA pendant plus de deux ans et qui

présentent chacune quelques particularités intéressantes.

Dans chacune de ces observations la lésion siège sur le col fémoral, n'intéressant ni l'épiphyse, ni l'espace articulaire.

L'étiologie semble montrer que l'affection relève de causes variables.

La symptomatologie est celle d'une arthrite légère de la hanche.

La radioscopie présente un ensemble de signes particuliers et caractéristiques, qui permettent à eux seuls de grouper ces quatre observations.

Le pronostic indique que c'est une lésion en général bénigne.

Le traitement consiste surtout dans le repos, mais l'étude de l'étiologie peut amener à instituer un traitement causal.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

F... André, 5 ans 1/2. Entré le 13 mai 1921. W. négatif.

Antécédents héréditaires. — Père mort le 10 mai 1921 de tuberculose pulmonaire.

Mère bien portante.

Un enfant mort de bacillose; un autre enfant bien portant.

Trois fausses couches.

Antécédents personnels. — Né à terme. Nourri au sein jusqu'à 19 mois.

Première dent à 6 mois.

Premiers pas à 18 mois.

Congestion pulmonaire à 3 ans.

Histoire de la maladie. — Depuis un mois, l'enfant se plaint de la hanche droite, il boite et souffre la nuit. Peu d'appétit.

Etat actuel. — 17 mai 1921. — Démarche: on n'observe rien de net.

Attitude penchée à gauche.

Limitation des mouvements existe un peu pour l'abduction.

Limitation marquée pour l'extension. On soulève le bassin avec les cuisses, l'enfant étant couché sur le ventre.

Atrophie musculaire: 2 centimètres.

Légère adénopathie.

Radio. — Irrégularité du contour de la tête et de la cavité cotyloïde.

Géode du col fémoral très manifeste bien limitée.

5 juillet 1921. — Enfant admis à Lannelongue. W. à faire.

30 juillet 1921. — W. négatif. Enfant a été plâtré le 18 juillet 1921.

2 décembre 1921. — Enfant se porte bien. Aucun incident à signaler.

30 décembre 1921. — On enlève le plâtre. Hanche en bonne position.

31 décembre 1921. — On replâtre.

24 mai 1922. — Nouveau plâtre. Aucun incident à signaler. Hanche en bonne position. Etat général excellent. Pas de fièvre.

20 septembre 1922. — Très bon état local. Etat général bon.

20 novembre 1922. — Déplâtré.

Ankylose incomplète, 30° flexion, 15° abduction. Petits ganglions inguinaux.

1^{er} décembre. — On replâtre l'enfant qui ne marche pas encore. A radiographier à son prochain plâtre.

3 décembre 1922. — Varicelle, passage à Henri Roger. Rougeole.

6 janvier 1923. — Revient à Lannelongue complètement guéri.

9 février. — Déplâtré.

Ankylose de la hanche toujours incomplète.

Ankylose en bonne position. Pas d'attitude vicieuse.

Pas de raccourcissement, 30° flexion, 30° abduction,

Mouvements d'extension conservés.

Atrophie musculaire du quadriceps confirmée par mensuration : 2 cm. 5.

Légère atrophie des jumeaux.

Ganglions bilatéraux un peu plus gros à gauche. Pas d'abcès.

2 mars. — M. BROCA envisage l'hypothèse de la spécificité.

Trois séries d'éparséno.

3 mars. — W. négatif.

12 mars. — On constate une ankylose marquée de la hanche.

Gros ganglions inguinaux. Douleur plus vive à la hanche.
L'affection est considérée comme tuberculeuse.
Nouveau plâtre.

Il s'agit ici d'une lésion légère qui évolue pendant deux ans avant d'aboutir à une affection nettement tuberculeuse.

Les antécédents héréditaires font penser d'abord à la tuberculose puisque le père et un des frères sont morts de tuberculose pulmonaire. Mais il faut signaler trois fausses couches chez la mère, ce qui éveille également l'idée d'une spécificité.

Du côté des antécédents personnels on ne trouve rien de particulier. L'enfant, toujours bien portant, a fait ses premiers pas à 18 mois et n'a jamais présenté de troubles de la marche avant le début de l'affection. Il n'a jamais manifesté aucun signe de luxation de la hanche. Il ne présente pas de stigmate de syphilis héréditaire. Le Wassermann est négatif.

Les signes physiques sont ceux d'une coxalgie bénigne que nous étudierons plus loin.

La radio montre :

Première radio. — Mai 1921.

1° L'architecture générale de la hanche n'est pas modifiée. Les têtes fémorales occupent leur place normale à l'intérieur de la cavité cotyloïde. Il faut cependant signaler à gauche l'aspect très légèrement crénelé du sourcil cotyloïdien ;

2° Le noyau épiphysaire n'est pas modifié.

3° Le cartilage diaphyso-épiphysaire est irrégulier ;



4° On note une très légère raréfaction osseuse du col fémoral.

Deuxième radio. — Mai 1922.

Un an après la radio montre :

1° Pas de modification de l'architecture générale de la hanche.

2° Raréfaction osseuse au niveau du col. On voit même une géode osseuse de contour assez net qui occupe la partie moyenne du col.

Troisième radio. — Février 1923.

L'épiphyse est normale.

Le col a repris une teinte plus normale.

Seule subsiste une géode osseuse dont les bords paraissent bien découpés mais qui, dans sa partie externe, a une tendance à se combler.

L'examen radiographique montrant une géode unique du col fémoral sans grande décalcification,

avait fait penser à une lésion spécifique bien que le Wassermann fut négatif. Deux séries de sulfarsénol furent pratiquées sans succès.

On avait essayé ce traitement en raison de cas analogues qui en avaient été favorablement influencés.

Un an après, ce traitement antispécifique est renouvelé avec trois séries d'éparséno qui ne donnent pas plus de résultat.

L'affection est considérée ensuite comme une tuberculose.

Il faut signaler au cours de l'évolution de la lésion qui nous occupe, une varicelle, puis une rougeole. L'influence de ces maladies sur l'évolution des affections de la hanche n'est pas douteuse et se confirme ici. Le professeur BROCA a déjà fait remarquer que la varicelle a une prédilection marquée pour la hanche.

On sait d'autre part que la rougeole est une affection tuberculisante.

Il s'agit donc ici d'une observation dans laquelle la question de l'étiologie et de la pathogénie est particulièrement compliquée. Les antécédents héréditaires paraissant relever également de la tuberculose et de la syphilis, l'aspect radiographique évoquant plutôt l'idée d'une spécificité mais la symptomatologie évoluant comme une tuberculose, enfin l'apparition au cours de l'évolution de nouvelles infections telles que la varicelle et la rougeole, tout concourt ici à obscurcir le problème de la pathogénie.

OBSERVATION II

N... Charles, 10 ans 1/2, le 5 mars 1911. W. négatif.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants bien portants.

Une sœur âgée de 8 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Né à terme.

Première dent à 5 mois.

Premiers pas à 13 mois.

Nourri au sein exclusivement jusqu'à 25 mois.

Rougeole après sevrage, suivie de coqueluche.

Varicelle il y a quatre mois.

Histoire de la maladie. — Il y a six mois, l'enfant se plaint de douleurs à la hanche droite. Ses parents expliquent cela par un traumatisme léger qui s'est produit en octobre 1920. Les douleurs localisées apparaissent surtout le soir ; elles diminuent d'intensité les jours suivants. L'enfant boita quinze jours après l'apparition de la douleur (vers le 15 décembre 1920).

La boiterie persiste ; l'enfant vient à la consultation le 5 mars 1911.

Etat actuel. — Bon état général.

Debout. — L'enfant n'offre pas de signe de Lannelongue et se tient sur les deux jambes tendues, les talons joints.

Dans la marche, il est en position hanchée du côté gauche, le bassin est dévié, l'épine iliaque antéro-supérieure gauche est projetée en avant.

La boiterie est cependant légère.

Examen couché : la position de la hanche est la suivante :

Le bassin est dévié plus bas du côté malade qu'à gauche, formant un angle de 5° avec la position normale ; le membre inférieur droit est en abduction très légère et rotation externe.

Aucune flexion sur le bassin. Pas de lordose, mais abaissement du pli fessier droit dont les contours sont plus imprécis qu'à gauche. Aucune scoliose.

La longueur des membres semble identique.

A la mensuration de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe : 67 centimètres à droite et 68 centimètres à gauche (après plusieurs mensurations).

Du grand trochanter au même point inférieur on trouve : à droite 60 cm. 5 et 61 à gauche. La ligne de Nélaton Roser est normale.

Mouvement. — Mobilité égale à droite et à gauche lorsqu'on fait rouler le membre sur le lit.

Dans l'extrême flexion de la cuisse droite sur le bassin, ce dernier est entraîné dans ce mouvement, alors qu'à gauche la flexion est plus complète. L'abduction est semblable de chaque côté. L'adduction aussi. Mouvements un peu moins souples à droite.

Atrophie musculaire perceptible au palper :

A la mensuration : 31 centimètres à gauche ; 29 cm. $\frac{1}{4}$ à droite, à 12 centimètres au-dessus du pôle supérieur de la rotule.

Aucune adénopathie (ganglions très perceptibles de chaque côté).

Douleur nulle à la palpation et à la pression de la tête fémorale en avant, en arrière ou sur le trochanter.

L'enfant ne présente aucune lésion qui puisse faire songer à une spécificité tardive.

Mis en extension.

8 mars. — Radio montre une raréfaction osseuse du col fémoral. Le contour de la tête fémorale et de la cavité de réception est moins net à droite.

31 mars. — Prise de sang W. négatif.

4 avril. — Embarras gastrique accusé par une légère ascension de température à 39°2. Vomissements à la suite d'une indigestion d'oranges et de gâteaux.

6 avril 1921. — Vu par M. Broca. On met au traitement syphilitique.

14 avril 1921. — Piqure de novarsénobenzol : 0,15.

De huit jours en huit jours : 0,15-0,25.

à la quatrième piqure : 0,24 de sulfarsénol.

12 août. — Etat général toujours excellent et mouvements de la hanche normaux.

24 août. — L'enfant se lève depuis quelques jours, ne boite absolument pas et ne ressent aucune fatigue.

Mobilité de la hanche droite égale à celle de la gauche.

Tous les mouvements sont excellents mais l'atrophie musculaire quadricipitale est perceptible à l'inspection et à la palpation.

Mensuration : 1 centimètre d'atrophie.

Pas d'hypotonie des fessiers.

Ganglions bilatéraux.

21 octobre. — Vu par M. BROCA. A remonter dans trois mois.

18 janvier 1922. — Vu. Ne présente plus qu'une légère flexion de la hanche.

7 avril. — Vu par M. BROCA. Excellent état général. Tous les mouvements de l'articulation se font avec facilité.

Plus aucun signe de coxalgie ; pas d'atrophie musculaire.

7 juillet. — Revu. Pas d'atrophie musculaire.

Limitation de l'abduction.

21 juillet 1922. — Traité aux frictions : onguent napolitain.

13 octobre 1922. — L'abduction est limitée. On institue un nouveau traitement.

4 décembre 1922. — Fin d'une autre série de sulfarsénol. Va bien. Encore forte limitation de l'abduction à droite.

Craquements de la hanche et du genou.

15 janvier 1923. — L'enfant ne souffre plus, ne boite plus. Plus d'atrophie musculaire. Légère limitation de l'abduction.

19 avril 1923. — Enfant revu. Commence à boiter. On trouve de chaque côté dans le triangle de Scarpa de gros ganglions.

3 mai. — Enfant mis au repos.

13 juin. — Continue à boiter.

Abduction limitée, atrophie musculaire, gros ganglions à droite à la partie interne du triangle de Scarpa.

Mesure de l'atrophie musculaire : 2 centimètres.

Hypotonie des fessiers.

A surveiller pour coxalgie possible.

La nouvelle radio montre une lésion portant sur le noyau épiphysaire. Coxalgie à craindre.

22 juin 1923. — Revu par M. BROCA. Grosse adénopathie.

A plâtrer.

6 juillet 1923. — Le membre inférieur droit est en extension.

Les mouvements provoqués sont assez limités. Flexion limitée avant l'angle droit.

Abduction possible n'est que de 15°.

Hyperextension moins accentuée que normalement.

Coxo-fémorale droite pas plus chaude que la gauche.

Grosse adénopathie crurale bilatérale.

L'atonie des muscles fessiers est manifeste.

Grosse amyotrophie du quadriceps droit avec 4 centimètres de différence à 10 centimètres au-dessus de la rotule.

A droite : 33 centimètres. A gauche : 37 centimètres.

Pas d'abcès perceptible.

Le malade est considéré comme tuberculeux et mis dans le plâtre.

3 novembre 1923. — Inspection : le membre inférieur droit apparaît en bonne position en extension mais raccourci et atrophié. On note une grosse limitation des mouvements qui d'ailleurs sont déjà très douloureux. Déjà la simple rotation du membre suivant son axe est limitée. On ne peut plus fléchir que de quelques degrés ; les essais d'abduction entraînant immédiatement le bassin. L'article n'est pas plus chaud que du côté opposé. La simple palpation est douloureuse au niveau de *la face antérieure du col*.

Le triangle de Scarpa est un peu empâté, l'adénopathie y est un peu plus marquée ; on ne sent pas d'abcès.

L'atrophie musculaire est manifeste ; enfin le raccourcissement est de 2 centimètres, portant exclusivement sur le segment crête iliaque, grand trochanter. En somme les signes locaux sont beaucoup plus accentués qu'à son entrée en juillet,

Cette observation a pu être suivie pendant plus de deux ans. Elle est particulièrement intéressante, l'enfant paraissant avoir été grandement amélioré pendant un certain temps par le traitement antispécifique : plusieurs séries de novarsénobenzol intercalées avec des séries de frictions.

Les antécédents héréditaires ne donnent aucun renseignement. Les antécédents personnels indiquent que l'enfant a marché normalement dans la première enfance et jusqu'à trois mois avant son entrée à l'hôpital.

Ici encore il faut signaler une rougeole, suivie de coqueluche, puis une *varicelle* qui a précédé de quatre mois l'apparition des premiers symptômes de l'affection de la hanche.

A son arrivée à l'hôpital l'enfant se présente avec le membre inférieur en rotation externe et abduction légère et avec de l'atrophie musculaire.

La radiographie montre une raréfaction osseuse du col fémoral avec une géode très nette de ce col.

Revu après le traitement antispécifique l'enfant ne souffre plus, ne boite plus, ne présente plus d'atrophie musculaire. Il subsiste cependant une légère limitation de l'abduction.

La radio montre la récalcification presque complète du col fémoral mais avec persistance de la géode déjà signalée.

Le malade revient quatre mois après et on trouve une aggravation. L'enfant recommence à boiter,

Dans les deux aines on palpe de gros ganglions. L'abduction est très limitée à droite.

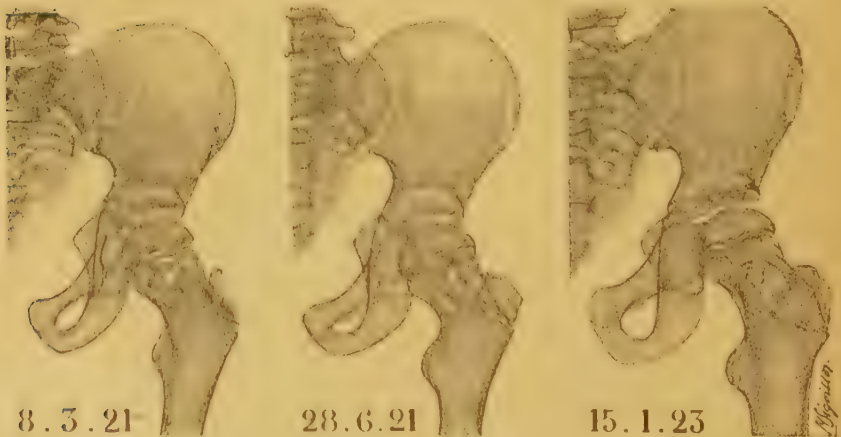
A partir de ce moment le traitement spécifique institué de nouveau ne donnera plus aucun résultat. L'affection évoluera comme une coxalgie légère avec limitation de l'abduction, grosse adénopathie et atrophie musculaire mais pas d'abcès. L'enfant est mis en immobilisation plâtrée.

Dans cette observation l'évolution indique qu'il faut bien souvent réserver le pronostic. Dans ce cas particulier l'intégrité de la hanche ne sera pas conservée.

RADIOGRAPHIE

Première radio. — Mars 1924.

1^{re} L'architecture générale de la hanche n'est pas



modifiée. Les rapports entre le cotyle et la tête fémorale sont normaux. Le cintre que forme le bord inférieur du col en se continuant avec le bord supé-

rieur du trou obturateur, est régulier. Remarquons qu'il en est de même à gauche.

Il n'y a pas traces de luxation ancienne de la hanche, ni d'un côté, ni de l'autre.

2° *Le noyau épiphysaire* est normal. Son bord supérieur est régulier, bien arrondi, sans traces d'aplatissement. Il faut cependant signaler une petite raréfaction osseuse.

3° *Le cartilage diaphyso-épiphysaire* est légèrement irrégulier.

4° *Le col* présente de larges taches claires de raréfaction osseuse. Une de ces taches, celle du centre, est plus marquée que les autres. Nous la retrouverons sur les radios suivantes.

Deuxième radio. — Juin 1921.

La tête et le col présentent une raréfaction osseuse



légère moins marquée que dans la radio précédente. Au niveau de la partie moyenne du col on trouve

une géode osseuse unique dont les bords sont bien nets. Les quelques taches claires avoisinantes paraissent se combler.

Troisième radio. — Juin 1923.

La géode osseuse au niveau du col est toujours bien nette mais elle a une tendance à se combler.

Quatrième radio. — 4 décembre 1923.

1° L'architecture de la hanche est considérablement modifiée.

Il y a une subluxation de la tête fémorale en haut et en dehors.

Le cintre que forme le bord inférieur du col avec le bord supérieur du trou obturateur est interrompu du fait de cette luxation.

2° La tête fémorale est aplatie, déformée, floue, débordant en dehors du cotyle.

3° L'interligne articulaire est diffus.

4° Au niveau du col on constate toujours l'existence de la géode osseuse, dont les bords sont peu nets, et qui paraît s'être agrandie.

5° Raréfaction osseuse généralisée de l'extrémité supérieure du fémur, visible par comparaison avec le côté sain.

En somme la lésion du col, qui subsiste toujours a envahi l'articulation.

OBSERVATION III

Marcelle D..., 6 ans.

Entrée le 8 avril 1916. Wassermann +.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère bien portante ; pas de fausse couche.

Un autre enfant bien portant.

Antécédents personnels. — Née à terme. Nourrie par la mère jusqu'à 16 mois.

Première dent : 9 mois.

Premiers pas : 13 mois.

Histoire de la maladie. — Depuis deux mois l'enfant boite et se plaint de sa hanche droite. La mère la frictionne. La douleur persistant, elle l'amène à l'hôpital.

Etat actuel. — Pas de douleur à la pression dans le triangle de Scarpa et au niveau du grand trochanter. Légère atrophie du quadriceps.

Petits ganglions inguinaux cruraux roulant sous le doigt aussi nombreux à gauche qu'à droite.

Flexion : 80 degrés. Extension complète. Abduction limitée.

Tous les mouvements sont indolores. Pas d'abcès.

La marche s'accompagne d'une légère claudication, la jambe étant un peu en abduction. L'enfant se hanche à gauche.

8 juillet 1916. — Dans le plâtre depuis avril 1919. Pas d'abcès. Articulations mobiles.

Nouveau plâtre.

4 août 1916. — On enlève le plâtre de l'enfant qui est cassé. Membre en extension complète, pas d'ensellure lombaire. Pas d'abcès. Flexion de la cuisse sur le bassin possible jusqu'à 45 degrés.

Depuis dix jours l'enfant tousse et crache. Elle a maigri.

8 août 1916. — Nouveau plâtre.

L'enfant a eu 4 piqûres de biodure. Sirop de Gibert pendant quinze jours.

L'enfant n'avait eu aucun traitement depuis trois mois.

6 octobre 1916. — Le membre est en bonne attitude ; pas d'abcès, articulation douloureuse à la pression au pli de l'aîne et au niveau du trochanter.

L'enfant se lève en cachette.

Nouveau plâtre.

23 février 1916. — L'enfant revient. Le plâtre est en morceaux. Pas d'abcès. Pas de douleur à la pression du grand trochanter et du pli de l'aîne.

Vu par M. BROCA. A mettre à marcher dans trois mois.

27 février 1917. — Plâtre.

1^{er} juin 1917. — L'enfant se plaignant du genou, on ôte le plâtre.

Flexion du genou à 75 degrés.

Flexion et abduction de la cuisse limitée. Raccourcissement apparent.

Immobilisée depuis quatorze mois.

Pas d'abcès, pas de douleurs.

Vue par M. BROCA. A replâtrer.

Plâtre.

19 octobre 1917. — Ablation du plâtre. Aucune douleur spontanée ni à la pression.

La flexion oscille entre 180 et 130 degrés. Axes : tronc, fémur.

Adduction presque complète. Abduction à la moitié.

Mouvements de rotation normaux.

Radio. — 17 octobre 1917 (96.435. G. L. 567). — Tête fémorale hypertrophiée. Le col anatomique présente à sa partie supérieure une cavité grosse comme une noisette où il se forme des travées osseuses.

Vue par M. BROCA. Faire marcher avec une bande.

Traitement spécifique à continuer.

23 janvier 1918 au 20 février 1918. — Deuxième série de 5 piqûres de néosalvarsan.

31 février 1918. — Bonne position du membre. Légère atrophie du quadriceps. L'enfant marche.

Vue par M. BROCA ; en bon état.

25 juillet 1919. — Mouvements de flexion, extension, adduction, abduction très normaux ; pas de ganglions. Légère atrophie cuisse droite.

Marche sans douleur. Très bon état général.

Vue par M. BROCA, va bien. Arsenic pour stimuler l'appétit.

13 février 1920. — L'enfant revient pour des douleurs dans la région inguinale droite surtout lorsqu'elle se fatigue. Les mouvements sont normaux. Démarche normale. Pas de ganglions. Bon état général.

Vue par M. BROCA. Recommencer le néosalvarsan.

8 octobre 1920. — La mère ramène l'enfant qui souffre de la hanche droite.

Pas de limitation des mouvements.

11 octobre 1920. — *Radio*. — Persistance d'une cavité dans le col anatomique du fémur droit ; par rapport aux radios précédentes, elle présente un comblement.

Pas de limitation des mouvements.

16 février 1923. — Souplesse parfaite de la hanche. A remettre aux frictions.

22 mars 1923. — Frictions terminées. Souffre un peu dans l'articulation de la hanche. Six bains sulfureux.

27 avril 1923. — Inscrite pour Hendaye.

Des quatre observations que nous apportons, celle-ci paraît relever le plus nettement de la spécificité.

Cependant les antécédents héréditaires ne fournissent aucun renseignement et les antécédents personnels pas davantage. L'enfant a marché tout à fait normalement jusqu'à quelques mois avant le début de l'affection. Elle ne présente pas de stigmates d'hérédo-spécificité. Mais le Wassermann est positif.

Cette malade qui a pu être suivie régulièrement depuis 1916 a été traitée à trois reprises différentes par une médication antispécifique : 4 piqûres de biiodure en août 1916, une série de néosalvarsan en 1918, une autre en 1920.

En sept années la lésion évolue vers une souplesse entière de la hanche. En 1923 l'enfant est complètement guérie avec intégrité parfaite de l'articulation.

Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, il faut se garder d'affirmer comme concluante l'épreuve du traitement dans le cas d'une affection qui présente une **tendance naturelle à la guérison**.

Cependant il semble bien que dans ce cas particulier on puisse reconnaître au traitement une action nettement favorable.

RADIOGRAPHIE

Première radio. — Avril 1916.

1° Aucune modification dans *l'architecture générale de la hanche*. La tête fémorale occupe sa place normale à l'intérieur de la cavité cotyloïde ;

2° *Le noyau épiphysaire* ne présente rien d'anormal ;

3° *Le cartilage diaphyso-épiphysaire* décrit une ligne irrégulière ;

4° Le bord supérieur du *col* est échancré largement par une géode osseuse qui occupe toute la partie supérieure du col ;

5° Toute l'extrémité supérieure du fémur présente une légère décalcification.

Deuxième radio. — Octobre 1918.

La géode osseuse existe toujours au niveau du col.

Troisième radio. — Octobre 1920.

Deux ans après, la géode persiste mais montre une tendance à se combler.



L'extrémité supérieure du fémur ne présente plus de traces de raréfaction osseuse.

OBSERVATION IV

G... (Pascal), 13 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Trois autres enfants également sans infirmités.

Antécédents personnels. — Né à terme. Semble avoir eu tout jeune une ophtalmie purulente qui a entraîné une cécité progressive aujourd'hui complète.

A toujours eu une démarche incertaine que sa famille attribue à une insuffisance d'éducation. Depuis quelques mois la marche est devenue douloureuse; il se plaint de la hanche droite,

Depuis un mois l'enfant se trouve à Paris dans une maison d'aveugles. Il fait plusieurs chutes, l'une sur le bras, cause

d'impotence fonctionnelle de courte durée, l'autre sur le genou.

29 décembre. — Il y a quinze jours, par suite d'insuffisance d'attention de son guide, il tombe de sa hauteur sur le parquet. Se plaint aussitôt de douleur légère dans la hanche droite mais parvient à se relever seul et fait quelques pas.

La douleur persiste au niveau de la hanche.

Aucun traitement. Est vu deux jours après par un médecin qui ne constate rien d'apparent et conseille de consulter à l'hôpital.

11 janvier. — L'enfant ne peut marcher. Hospitalisé.

Souffre au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite ; ne peut pas marcher ; les mouvements provoqués sont très douloureux.

Léger raccourcissement du membre inférieur droit.

La pression de la face antérieure de l'articulation est douloureuse.

12 janvier. — *Radio*. — Montre un aspect de fracture transcervicale. On peut se demander s'il n'existe pas au niveau du col une grande caverne osseuse.

13 janvier 1923. — Enfant mis en extension pendant trois mois.

2 mars. — W. négatif.

14 mars. — Le traitement d'éparséno commencé le 20 février est terminé.

Amélioration. Trois séries d'éparséno.

Juillet 1923. — Depuis, tous les mouvements sont possibles, non douloureux.

Raccourcissement du membre inférieur droit.

Cette observation, quoique différente des autres au premier abord, leur a été réunie parce qu'elle présente en réalité avec les précédentes de grandes analogies. Il s'agit d'un enfant qui a toujours présenté une démarche incertaine, trébuchante que légitimait parfaitement son infirmité.

Mais depuis quelques mois cette gêne de la marche s'est considérablement accrue en même temps qu'apparaissaient des phénomènes douloureux au niveau de la hanche. Ces troubles nous révèlent de façon certaine une lésion de l'articulation ayant précédé l'accident. Une chute légère qui n'aurait provoqué aucun dommage dans une articulation saine, fracture un col déjà malade.

Le traumatisme a donc agi là comme cause occasionnelle en venant révéler une lésion préexistante et accentuer des symptômes auxquels on n'avait pas jusque-là prêté attention.

Etant donné les troubles antérieurs à l'accident et la bénignité du traumatisme qui a produit la fracture, on pense à une ostéite du col fémoral. L'aspect radiographique confirme ce diagnostic.

RADIOGRAPHIE

Première radio. — Janvier 1923.

1° *L'architecture de la hanche* n'est pas modifiée. La tête occupe la cavité cotyloïde dans une position normale à droite et à gauche.

A droite le cintre que forme le bord inférieur du col avec le bord supérieur du trou obturateur est interrompu au niveau du col par un trait de fracture.

2° *Le noyau épiphysaire* présente une légère raréfaction osseuse.

Le cartilage diaphyso-épiphysaire est irrégulier.

Le col fémoral présente un trait de fracture transcervical.

Dans la partie moyenne du col on remarque une tache claire qui semble révéler une caverne osseuse.



Deuxième radio. — Mars 1923.

L'aspect est le même. On note seulement l'ascension du grand trochanter.

Troisième radio. — Juillet 1923.

La géode osseuse est bien nette.

Le reste du col et de la tête semblent se récalcifier.

D'après ces quelques observations et d'après des observations analogues, présentant toutes une grande similitude de signes cliniques et radiographiques, nous allons essayer de dégager les caractères principaux de ces ostéites du col fémoral.

Etiologie et Pathogénie

Cette affection survient surtout dans la seconde enfance, entre 5 et 9 ans. On la voit apparaître en général chez des enfants bien portants, presque toujours sans cause appréciable.

Dans l'état actuel de nos connaissances il est impossible d'édifier une théorie pathogénique quelconque. Nous nous contenterons donc d'indiquer quelques-unes des hypothèses qui peuvent être envisagées.

Traumatisme. — Il est certain qu'à l'examen les malades ou leurs parents accusent invariablement un traumatisme au début de l'affection. Mais il n'y a rien là qui doive nous retenir puisque chez tous les coxalgiques ou pottiques c'est également un trauma que les parents accusent comme début et cause de l'affection.

Il ne saurait être invoqué que comme une cause occasionnelle qui, en déterminant une recrudescence des symptômes, attire l'attention sur des signes qui avaient jusque-là passé inaperçus,

Théorie infectieuse. — On a souvent signalé des

affections de la hanche débutant pendant le décours ou la convalescence d'une maladie infectieuse.

SORREL et le professeur BROCA insistent sur ce point que la varicelle semble avoir une prédilection marquée pour la hanche.

D'autres cas surviennent après la scarlatine, la grippe, la fièvre typhoïde, la rougeole, la coqueluche. On sait que la rougeole et la coqueluche sont connues comme nettement tuberculisantes.

On a pu invoquer le rôle des *glandes endocrines* dont l'importance est grande dans le métabolisme du calcium (SORREL). On peut comparer la lésion qui nous occupe à des lésions radiographiquement similaires comme la scaphoïdite tarsienne et voir là une pathogénie analogue.

Le rachitisme doit être assurément considéré comme une cause prédisposante. L'influence des troubles généraux de la nutrition sur le développement des os est certain.

On a signalé des lésions comparables, comme l'ostéochondrite, survenant après des crises aiguës de rachitisme. Cependant il s'agit bien plus souvent de rachitisme chronique.

Il faudra donc toujours rechercher les signes de rachitisme qui peuvent mettre sur la voie d'une thérapeutique efficace.

L'ostéomyélite peut être également susceptible de déterminer ces sortes de lésions.

L'hérédosyphilis semble jouer dans bien des cas un rôle véritable. Il paraît bien que l'affection sur-

viennent le plus souvent chez des enfants hérédosyphilitiques.

Le Wassermann est parfois positif. Les antécédents héréditaires sont souvent manifestement spécifiques et ces enfants présentent fréquemment des stigmates de spécificité héréditaire.

L'aspect radiographique lui-même paraît souvent ressortir de la syphilis en montrant des géodes bien limitées, sans décalcification avoisinante.

Enfin le traitement paraît avoir eu dans certains cas une heureuse influence.

Mais ainsi que le fait remarquer le professeur BROCA, il ne convient pas de généraliser : « l'épreuve « du traitement est sans grande valeur pour une « ostéite dont la tendance à la guérison est certaine. Il ne convient pas non plus de conclure « à la syphilis parce que la réaction de Bordet-Wassermann est positive. Ne recommençons pas l'erreur de PONCET généralisant la tuberculose inflammatoire sur la foi des antécédents héréditaires et « de la cuti-réaction »

La tuberculose plus que la syphilis pourrait être suspectée. Déjà en 1909, WALDENSTROM observant un cas dans lequel la radio montrait une géode du col et peu de chose à la tête, trouvait des bacilles dans le pus d'une fistule. Il pensa alors que « la coxalplana pouvait toujours avoir cette origine puisque « la cuti-réaction de PIRQUET était positive dans les « autres cas ».

BROCA et MASSARD (*Journal de Chirurgie*, 1922) ont

publié deux observations analogues qui leur faisaient émettre également l'hypothèse de la tuberculose.

L'une d'elles (obs. IX) présentait une géode céphalique des plus nettes. Ce cas avait même été précédé d'une grippe qui était probablement une typho-bacillose.

Il est certain que ces formes avec géodes bien limitées du col font penser à la tuberculose.

Notre observation I évolue nettement vers une coxo-tuberculose de la hanche. Il en est de même de l'observation II.

Il serait d'ailleurs imprudent de ne pas songer toujours à la tuberculose. Il semble que la tuberculose, en dehors de ses formes habituelles localisées au niveau des épiphyses pour donner des ostéo-arthrites ou au niveau des os longs pour donner le spina, puisse affecter certaines localisations particulières comme la région cervico-trochantérienne. S'il s'agit de tuberculose, c'est une tuberculose à évolution torpide, qui n'évolue pas vers la formation d'abcès et semble comparable à ce que l'on a décrit sous le nom de carie sèche.

Enfin l'association de la tuberculose et de la syphilis pourrait encore être invoquée, ces deux infections étant fréquemment associées dans la pathologie osseuse.

SYMPTOMES

Les observations que nous avons apportées présentent une grande pénurie de signes cliniques mais qui apparaissent, ainsi que les signes radiographiques, si semblables entre eux, qu'on en est conduit à les considérer comme correspondant à un seul et même processus.

Début. — Il est certain que le début se fait d'une manière insidieuse, lente, à peu près indolente. Ce début, ainsi que nous l'avons déjà signalé, est souvent manifesté à l'occasion d'un traumatisme.

L'enfant accuse une douleur siégeant au niveau de la hanche avec parfois des irradiations au niveau du membre inférieur. C'est une douleur sourde, peu violente, jamais spontanée, ne survenant qu'après une longue marche ou à l'occasion d'un exercice violent. Parfois, l'enfant boite légèrement.

A l'examen :

Il n'y a généralement pas d'attitude vicieuse.

On ne constate que rarement une attitude hanchée survenant après une station debout prolongée.

A la palpation on ne constate pas de douleur à la pression.

L'examen de l'articulation ne montre pas de limitation des mouvements.

Pas de contracture musculaire.

L'adénopathie inguinale et crurale est légère mais assez constante.

L'atrophie du quadriceps est nulle ou très peu marquée.

La marche, surtout prolongée, s'accompagne parfois d'une légère claudication.

Si le début est plus souvent insidieux, il peut cependant se faire brusquement, soit par une maladie infectieuse, soit après un traumatisme.

C'est le cas de notre dernière observation dans laquelle l'affection avait passé inaperçue jusqu'à ce qu'une chute légère sur la hanche déterminât la fracture du col. La radioscopie montre en même temps une caverne osseuse dans le col et l'interrogatoire révèle que l'enfant souffrait auparavant de la hanche.

Période d'état. — Elle s'étend environ de un an à dix-huit mois après que les premiers signes sont devenus évidents. C'est, ainsi que l'a signalé SORREL pour l'ostéochondrite et qu'on peut le constater sur nos radiographies, la période où les géodes du col semblent se combler.

L'enfant se plaint d'une douleur au niveau de la région coxo-fémorale, douleur spontanée, sourde, continue sans exacerbations, jamais très violente, douleur exagérée par les mouvements que l'on imprime à l'articulation.

A l'inspection, on constate parfois une attitude vicieuse du membre en général, flexion légère et adduction. Cette adduction servirait pour le diagnostic avec la coxalgie dans laquelle l'adduction est la règle. Cependant, ce signe ne peut être considéré comme constant.

Il y a toujours limitation des mouvements. La limitation de l'adduction est constante. La rotation interne est également limitée.

L'atrophie musculaire du quadriceps est parfois appréciable à la vue, parfois seulement décelable à la mensuration.

L'allongement du membre existe mais n'est jamais très important.

L'adénité crurale est presque constante mais jamais très volumineuse.

A la palpation, on constate un signe particulièrement net : c'est l'épaississement du trochanter et de la région voisine du col. Cet épaississement est dû parfois à un empâtement de la région mais parfois aussi on a nettement l'impression d'un épaississement osseux. Ce signe était particulièrement net dans les observations que nous présentons.

La marche est, en général, douloureuse et la claudication plus marquée que dans la période de début.

Evolution. — L'évolution serait caractérisée par sa bénignité habituelle. Sous l'influence du traitement, ou même sans traitement, les symptômes disparaissent peu à peu. La douleur spontanée et provoquée cesse. Les mouvements passifs rede-

viennent libres. Cependant, il persiste en général une certaine limitation de l'abduction.

L'enfant boite quelques temps encore puis la marche redevient normale.

A la radio on constate que les géodes du col subsistent quelques temps encore.

En réalité, ainsi que l'a fait remarquer le professeur BROCA, il ne convient pas de trop affirmer la bénignité de cette affection et la guérison ne se fait pas toujours sans ankylose. Certaines formes semblent bien ne pas toujours guérir d'une façon aussi absolue qu'on l'a dit.

C'est ainsi que, sur les autres observations que nous apportons, l'une évolue il est vrai vers une souplesse parfaite de la hanche, ce cas étant d'ailleurs considéré comme spécifique. L'autre, observation I, après une période apparente de guérison, évolue vers une lésion tuberculeuse qui ne semble pas devoir conserver l'intégrité de l'articulation. Les deux autres, observations II et IV évoluent vers une ankylose partielle de la hanche.

RADIOGRAPHIE

Les quatre observations que nous présentons, différentes en apparences, sont réunies par la similitude des caractères radiographiques.

En effet l'aspect radiographique est presque semblable dans chaque cas et différent de celui qu'on connaît soit dans la coxalgie, soit dans l'ostéochondrite.

Au début de cette étude il convient de rappeler les caractères de la hanche normale chez l'enfant.

« La radiographie normale d'une hanche d'enfant « présente de par la croissance des os qui la constituent des aspects qui varient avec l'âge, mais il est « quelques caractères constants qu'on doit toujours « retrouver.

« C'est tout d'abord la *Position de la tête fémorale* « ou du *noyau épiphysaire supérieur* si l'enfant est « très jeune, *par rapport à la cavité cotyloïde* de l'os « iliaque. Il importe chez tous les enfants de bien préciser ce rapport, car sans aller jusqu'à la luxation de « la tête il est des cas où on note un léger degré de « luxation, une subluxation dont le type est ce qu'on « observe sur le côté sain des luxations unilatérales de

« la hanche. La forme de la cavité cotyloïde donne
« parfois l'explication de ces subluxations et la ra-
« diographie bien interprétée montre avec netteté
« des variations de forme, des lèvres, du fond ou du
« sourcil cotyloïdien.

« *Le col fémoral* peut présenter des variations
« d'angle et avant de porter radiographiquement un
« diagnostic de Coxa Vara ou de Coxa Valga il faudra
« bien s'assurer que les deux hanches sont bien en
« position symétrique et que l'image observée n'est
« pas produite par une mauvaise incidence des
« rayons.

« On voit avec netteté sur une bonne épreuve de
« hanche normale, le bord supérieur du col, presque
« rectiligne, le bord inférieur au contraire recourbé,
« qui semble se continuer avec la partie supérieure
« du trou obturateur formant ainsi une demi-ogive
« appelée par les auteurs *le cintre cervico-obturateur*.
« Une ascension du col viendra rompre la continuité
« de ces deux lignes, nous en verrons plus loin
« l'importance.

« Il faudra enfin toujours comparer les deux
« hanches, c'est pour ne pas prendre des images
« symétriques du bassin qu'on risque de mécon-
« naître des lésions importantes telles que des diminu-
« tions de volume du noyau épiphysaire supérieur »
(MASSART, Conférence aux journées médicales de
Bruxelles, 1923, *Bruxelles médical*, 3 décembre
1923).

Il convient donc, dans l'étude de la radiographie,

d'étudier d'abord l'architecture générale de la hanche malade par rapport à la hanche du côté opposé mais également par rapport à la hanche normale. On observera ensuite en détail chaque partie de l'extrémité supérieure du fémur.

1° *L'architecture générale de la hanche* n'est pas modifiée. L'extrémité supérieure du fémur n'est pas déplacée et les rapports qu'elle présente avec la cavité cotyloïde sont inchangés. Il ne semble donc pas qu'il y ait ni du côté malade, ni du côté sain trace d'une luxation ancienne de la hanche et c'est là un fait important.

Le *cintre* que forme le bord inférieur du col en se continuant avec le bord supérieur du trou obturateur est régulier. C'est un point particulièrement intéressant pour le diagnostic avec la coxalgie. Dans la coxalgie en effet, à la période d'état, cette ligne est interrompue par un ressaut car il suffit de la moindre ascension de la tête fémorale dans une cavité cotyloïde ulcérée, pour rompre cette courbe. L'intégrité du cintre ne persiste que tout au début de la coxalgie.

2° *Le noyau épiphysaire* n'est pas aplati, ni déformé. On sait que dans l'ostéochondrite on trouve un aplatissement de l'épiphyse, d'où le nom de *caput planum*, *coxa plana*, que l'on donne à l'affection.

3° *Le cartilage diaphyso-épiphysaire* est de forme irrégulière. Parfois des zones de raréfaction osseuse

semblent partir du cartilage, poussant des ramifications dans le col.

4° *Le col* est parsemé de taches claires, zones de raréfaction osseuse.

WALDENSTRÖM le premier a signalé cet aspect du col qui fait le sujet de notre étude. Il en avait même nettement affirmé l'origine tuberculeuse.

Ces taches claires du col ont été à nouveau signalées par NOVÉ-JOSSERAND parmi les formes atypiques de l'ostéochondrite. Il en réunit les différents aspects sous le nom de formes cervicales. Ainsi qu'il le dit : « On a beaucoup discuté sur l'existence de lésions du col, certains auteurs ayant soutenu qu'il s'agit exclusivement d'un épiphysite. Il est cependant certain que, même dans les formes typiques, on trouve un épaississement du col. Les travées de décalcification partant du cartilage de conjugaison ont une tendance à pénétrer dans le col. Mais dans certains cas ces lésions du col peuvent devenir prépondérantes. »

Dans un cas signalé par BERG, la lésion a débuté par une zone de raréfaction du bord supérieur du col alors que l'épiphyse était à peu près normale. Un an après, cette épiphyse présentait une déformation caractéristique en chapeau de gendarme.

Mais la lésion du col peut être également terminale. Dans une observation (Be) de NOVÉ-JOSSERAND la radio montrait une ostéochondrite typique avec aplatissement de l'épiphyse ; un an plus tard on voit l'épiphyse reconstituée presque normalement tandis que le col reste épaissi et qu'il présente dans la région

juxta-épiphysaire des zones profondes et larges de raréfaction.

Enfin NOVÉ-JOSSERAND rapporte des observations [Congrès d'Orthopédie, 1922] où la tête fémorale a plus ou moins conservé sa forme : elle est seulement un peu décalcifiée. Les lésions principales siègent dans le col. Dans une première observation la décalcification occupe le noyau épiphysaire et le tiers interne du col. Celui-ci présente de plus une ossification irrégulière dans ses deux tiers externes et paraît légèrement infléchi dans sa partie moyenne.

Une deuxième est plus remarquable encore. L'épiphyse est presque intacte, seulement un peu décalcifiée mais dans le col on trouve de larges zones claires séparées par des traits sombres qui se prolongent jusqu'au-dessous du trochanter.

5° *L'avoûte du cotyle* n'est en général pas modifiée. Cependant dans notre observation I le bord inférieur du cotyle est très légèrement crénelé.

6° *L'espace clair articulaire* peut être élargi.

7° *L'angle d'inclinaison du col* n'est pas modifié.

Toutes ces lésions ne s'observent pas à la même période et l'évolution paraît se faire de la façon suivante :

Dans un premier stade on trouve des ilots de raréfaction osseuse très nets dans le col avec raréfaction osseuse diffuse de l'épiphyse et de l'extrémité supérieure du fémur.

A une deuxième période, l'épiphyse et une partie du col semblent s'être récalcifiés. Il subsiste une

géode osseuse unique du col, nettement circonscrite par les travées osseuses avoisinantes et que l'on retrouve pendant plus d'un an.

Enfin dans un troisième stade cette géode osseuse tend à son tour à se combler.

L'évolution radiographique totale demande deux à trois ans.

TRAITEMENT

Il paraît bien difficile de vouloir instituer un traitement unique pour des lésions qui évoluent de façon si différente. La plus grande prudence doit être conseillée aux médecins.

Il ne faut faire marcher l'enfant qu'après avoir longtemps surveillé la lésion, lui faire cesser la marche si des doutes apparaissent au point de vue de l'intégrité de la hanche et par conséquent il faut contrôler continuellement par la radio l'état de la hanche.

Le rôle du clinicien est donc surtout un rôle de contrôle. Nous croyons inutile, quelquefois même nuisible les immobilisations systématiques et prolongées dans le plâtre comme on a coutume de le faire pour la coxalgie. L'étude des antécédents et la recherche des stigmates peut mettre sur la voie d'un traitement général. C'est ainsi que l'on sera parfois amené à instituer un traitement anti-tuberculeux, anti-rachitique ou anti-syphilitique, car ainsi que nous l'avons vu, ce traitement est susceptible d'influencer favorablement les lésions.

CONCLUSION

Les observations que nous avons voulu rapporter ici n'ont d'autre prétention que celle de montrer qu'à côté des arthrites tuberculeuses et des arthrites chroniques de la hanche, il existe des lésions de l'extrémité supérieure du fémur, respectant le cotyle et situées à la face diaphysaire du cartilage de conjugaison, qui donnent des signes d'arthrite de la hanche et présentent une tendance naturelle à la guérison.

La similitude des signes cliniques et l'aspect radiographique tout à fait caractéristique ont fait réunir dans un même groupe ces lésions qui se manifestent le plus souvent à l'occasion d'inflammations de voisinage et dont la pathogénie reste encore incertaine. Parmi les différents cas qui ont pu être suivis d'aucuns paraissent bien relever de la tuberculose ou de la syphilis mais les signes cliniques et radiographiques ne peuvent nous faire conclure à une étiologie absolument certaine.

D'une façon générale c'est le repos qui paraît influencer le plus favorablement la marche de ces affections.

Mais ce qui doit dominer l'esprit du praticien, c'est que de semblables malades sont à suivre de très près et qu'il convient de rechercher soigneusement chez eux les signes de tuberculose, de syphilis ou de tout autre infection afin de pouvoir essayer un traitement plus spécifique.

Vu : le Président de la thèse,
BROCA

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- BROCA (A.) et MASSART (R.). — Arthrites de la hanche avec aplatissement et fragmentation de la tête fémorale (Revue de Chirurgie, 1923).
- BROCA (A.). — Ostéochondrite déformante juvénile (Société de Chirurgie, 21 novembre 1923).
- MASSART (R.). — L'ostéochondrite de la hanche chez l'enfant et son évolution (Conférence faite aux journées médicales de Bruxelles 1923, Bruxelles médical, 1923).
- NOVÉ-JOSSERAND. — Formes atypiques de l'ostéochondrite de la hanche (Revue d'Orthopédie, t. IX, n° 3, mai 1922).
- SORREL (E.). — Arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche chez l'enfant (Revue d'Orthopédie, t. IX, n° 6, novembre 1922. Rapport de la IV^e réunion de la Société française d'Orthopédie du 6 octobre 1922 et discussion).
- LEGG. — Communication à l'Association américaine d'Orthopédie (Congrès de Hartford, juin 1909).
- LEGG. — An obscure affection of hip joint (Boston medical and Surg. Journal, 17 février 1910).
- CALVÉ. — Sur une forme particulière de pseudo-coxalgie greffée sur des déformations caractéristiques de l'extrémité supérieure du fémur (Rev. de Chir., 10 juillet 1910).
- CALVÉ. — Coxa-plana (Presse médicale, 14 mai 1921, n° 39).
- WALDENSTRÖM. — La tuberculose du col fémoral chez l'enfant (Deutsch. Zeitsch. für Orthop. Chir. Bd. 24).
- HALFDAN-SUNDT. — Malum coxa Calvé, Legg, Perthes (Kristianna i Kommission Hos Jacob Dybwad, 1920).
- LEGG. — De la maladie caractérisée par l'aplatissement de l'épiphyse supérieure du fémur (Archives franco-belges de Chirurgie, n° 7, XXV^e année, avril 1922).
- WALDENSTRÖM. — Coxa plana (Lyon chirurgical, t. XVIII, n° 8 janvier et février 1921, p. 7-13).
- LANCE, ANDRIEU et CAPPELLE. — Remarques sur l'ostéochondrite déformante de la hanche (Journal de Chirurgie, t. XVIII, n° 5, 22 mars 1921, p. 471-496).

- KIRMISSON. — Forme fruste ou anormale de la coxalgie (Bulletin de l'Académie de Médecine, séance du 12 juillet 1910, p. 50-55).
- OMBRÉDANNE. — Coxa vara et fracture du col fémoral (Rev. d'Orthop., 1912, p. 162-168).
- MOUCHET (A.). — Coxa vara et fracture spontanée du col fémoral (Bulletin et Mém. de la Société de Chirurgie, 28 mars 1922, n° 11).
- BENAZET (F.). — Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent. Thèse de Paris, 1911 (Steinheil, édit.).
- MERINE (H.). — L'ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse fémorale supérieure. Thèse de Paris, 1919 (Librairie littéraire et médicale).
- PERTHES. — Arthrite juvénile déformante (Deutsch. Zeitsch. für Chir., octobre 1910).
- BROCA, BARHARIN, DELANGLADE. — Arthrites aiguës et ostéomyélites de la hanche (Rev. d'Orthop., 1902, p. 257).
- COMBY (J.). — Ostéochondrite simulant la coxalgie (Presse médicale, n° 27, 5 avril 1922).
- OMBRÉDANNE. — Coxalgie fruste simulant la coxa vara des adolescents (Rev. d'Orthop., 1^{er} mars 1911).

Imp. de la Faculté de médecine, Jouve & Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6100-24
